

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

1922

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

MARIUS PINEL

Né le 10 Juin 1888, à Pont-Rousseau
Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes
Lauréat de l'Ecole de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE LINGUALE

Président : M. Marcel LABBÉ, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

1922

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

MARIUS PINEL

Né le 10 Juin 1888, à Pont-Rousseau
Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes
Lauréat de l'Ecole de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE LINGUALE

Président : M. Marcel LABBÉ, Professeur



PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

1922

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
Médico-Chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER

Clinique médicale	{ ACHARD VIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	{ PIERRE DELBET LEJARS HARTMANN GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	{ BAR COUVELAIRE BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.	DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ (A.)
CHAMPY	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIREY	JOYEUX	MOCOQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	

A MES CHERS PARENTS

Faible témoignage de ma reconnaissance
pour leur immense affection.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS
DE MA MARRAINE ET DE MA TANTE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

Hommage respectueux

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR URBAIN MONNIER

*Qui a bien voulu me guider
dans ce travail et près de qui j'ai
toujours trouvé le meilleur ac-
cueil et les conseils les plus
éclairés.*

*Témoignage de ma vive recon-
naissance.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR OLLIVE

*Qui m'a montré tant d'intérêt
et dont je ne saurais oublier
l'affectueuse bienveillance.*

A MES MAITRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. le Professeur POISSON.
le Docteur TEXIER.
le Docteur RIVET.

dont j'ai été l'externe

MM. le Professeur A. MONNIER.
le Professeur OLLIVE.
le Professeur GUILLEMET.
le Docteur LE MEIGNEN.
le Professeur E. BUREAU.
le Professeur U. MONNIER.
le Professeur GUILBAUD,

dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne

Témoignage de gratitude

INTRODUCTION

Considérations générales sur l'état de la langue chez le tuberculeux

On ne trouve pas chez les tuberculeux la langue saburrale des affections ordinaires. Que le malade présente ou non des troubles gastriques, qu'il ait ou non de la fièvre, la langue est presque toujours nette, humide et rosée comme à l'état normal. C'est tout particulièrement la règle au début de la bacillose pulmonaire, si bien que Lasègue a pu dire que « tout patient qui a la langue nette et humide, qui mange de bon appétit et qui a de la fièvre le soir est un phtisique ».

A côté de cela, Petit admet l'existence d'une stomatite des tuberculeux qui se présenterait avec des ulcérations rappelant les aphtes, et s'accompagnerait de gêne de la déglutition et de la mastication, ainsi que de fièvre.

Thompson décrit un liseré rouge marquant nettement les bords gingivaux chez les phtisiques. Ces deux opinions sont à réserver.

Mais, dans les périodes terminales de la phtisie, il sur-

vient souvent une gastrite, que Marfan a décrite en 1897. Or, cette gastrite peut se diagnostiquer presque à coup sûr par l'état de la langue qui devient rouge, sèche, dépouillée, absolument comme dans la stomatite érythémateuse de la phase prémonitoire du muguet. Et de fait, le muguet n'est pas rare dans la bouche des phthisiques atteints de gastrite.

Pour intéressants que soient ces faits, ils ne retiendront pas davantage notre attention. Il ne doit pas, en effet, être question ici de modifications symptomatiques de l'état général du tuberculeux, mais bien d'une localisation linguale de la tuberculose.

Cette localisation est connue, mais cependant fort rare. Notre maître, M. le Professeur Urbain Monnier, qui a bien voulu nous inspirer dans cet ouvrage, vient d'en voir un cas dont voici l'observation.

Observation du Professeur U. Monnier (*Inédite*)

Il s'agit d'une malade de 52 ans, ménagère, entrée à l'Hôtel-Dieu de Nantes, salle 18, lit 21, le 4 Mai 1921. Elle vient à l'Hôpital parce que sa langue est tuméfiée, ulcérée, douloureuse et l'empêche d'avaler les aliments solides.

On apprend à l'interrogatoire que les débuts du mal remontent à la fin de Février 1921,

a) qu'à cette date un petit bouton blanchâtre est apparu sur le bord gauche de la langue, tout près de la pointe,

b) que ce petit bouton fut tout de suite douloureux, la douleur étant exaspérée par le contact des aliments et subsistant de façon continue par suite des contacts forcés avec les arcades dentaires ou toute autre partie des parois

de la cavité buccale. La malade signale que la tuméfaction était entourée d'une zone rouge vif.

c) que cette petite saillie alla s'agrandissant pendant environ trois semaines, puis alors s'ulcéra.

C'est seulement au moment de l'apparition de ce processus ulcéreux que les symptômes douleur et tumeur furent suivis d'écoulement exagéré de salive se produisant la nuit comme le jour.

A ce moment aussi la gêne à la mastication et à la déglutition devint telle, que seule l'alimentation liquide demeura possible.

L'ulcération apparue dans la deuxième moitié de mars a suivi une marche rapide envahissant peu à peu toute la partie antérieure de la langue, si bien qu'à l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu, on observe les signes suivants :

Des douleurs assez vives à la langue, accrues par le toucher, mais restant localisées à l'ulcération sans irradiation ni vers l'oreille, ni ailleurs.

Une gêne assez grande de la parole.

Impossibilité de la mastication.

Difficulté de la déglutition.

Ptyalisme intense, la malade mouillant plusieurs serviettes dans la journée.

A l'ouverture de la bouche on voit l'extrémité de la langue (le quart antérieur à peu près), tuméfié irrégulièrement et ulcéré. La plaie est recouverte d'un enduit purulent dû sans doute à l'infection secondaire.

L'organe est mobile sur le plancher de la bouche, se mouvant, bien qu'avec moins d'amplitude que normalement, dans tous les sens.

Sur toute la surface de l'ulcération on voit de petites saillies rougeâtres papilliformes séparées par un enduit grisâtre.

Les bords sont adhérents, non décollés, non surélevés, irréguliers, par endroits polycycliques.

La palpation montre l'ulcération reposant sur un fond dur, résistant, sans fluctuation et sans parties molles, donnant la sensation d'une induration carcinomateuse.

Sous le menton on trouve un petit ganglion dur et mobile.

Le long des veines jugulaires droite et gauche, autre petit ganglion également dur et mobile. L'haleine n'offre pas de fétidité particulière.

L'examen des poumons donne des signes cavitaires aux deux sommets, des craquements, bref de quoi asseoir de façon certaine le diagnostic de bacillose pulmonaire.

Quelques jours après l'arrivée de la malade, la langue ayant été nettoyée par des gargarismes antiseptiques fréquents, on vit autour de l'ulcération quelques petits points jaunes pouvant faire penser aux grains de Trélat. Ces points jaunes n'ont pas été observés depuis.

Le 9 Mai une biopsie est pratiquée et l'examen histologique donne le résultat suivant :

« Aucune trace de néoplasme. L'ulcération est constituée
« par de nombreuses cellules rondes, souvent dégénérées,
« des zones de caseification, et des cellules épithélioïdes.
« Pas de cellules géantes sur les coupes examinées. Les
« capillaires sont oblitérés dans les zones caséeuses ou
« atteints de capillarite.

« Donc : ulcération non néoplasique d'origine inflammatoire, probablement tuberculeuse au point de vue histologique. »

A noter que l'aiguille qui servit à l'injection locale de cocaïne avant la biopsie et qui traversa toute la langue dans le sens de la largeur, rencontra partout un tissu dur, sans fluctuation, donnant à la main l'impression d'une infiltration uniforme et très résistante.

Au point de vue antécédents, la malade ne donne aucun

renseignement sur son hérédité. Par ailleurs plusieurs de ses frères sont morts bacillaires et elle-même a eu de nombreuses bronchites depuis l'âge de 40 ans.

Sous l'effet du traitement (gargarismes antiseptiques et attouchements à l'acide lactique), l'infection secondaire a presque disparu, le pyalisme s'est atténué, mais l'ulcération poursuit son envahissement.

La malade meurt subitement le 31 Mai 1921. Autopsie : Signes de ramollissement tuberculeux pulmonaire. Granulie bilatérale. Foie cirrheux. Cœur et rein : Rien de particulier.

L'examen histologique de la tumeur donna le résultat suivant :

« Très nombreux follicules composés de lymphocytes, de
« cellules épithélioïdes et de cellules géantes parfaitement
« caractérisées. En certains endroits, zones caséifiées. Les
« fibres musculaires sont dissociées par des lymphocytes et
« du tissu scléreux. Diagnostic : Tuberculose de la langue. »

Ce cas très typique justifie ce travail; il se signale cependant par l'aspect de tumeur de la lésion, aspect qui n'est pas habituel, ainsi que nous le verrons, et qui ajoute encore à la difficulté du diagnostic.

CHAPITRE PREMIER

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE LA TUBERCULOSE LINGUALE SES FORMES CLINIQUES

L'étude des lésions tuberculeuses de la langue permet d'en dégager un certain nombre de caractères généraux au triple point de vue étiologique — fonctionnel — évolutif.

C'est une affection de l'âge adulte, atteignant des sujets de trente à cinquante ans, absolument exceptionnelle aux extrêmes de la vie et surtout dans l'enfance. La profession ne semble jouer aucun rôle; mais les hommes y paraissent plus exposés que les femmes, sans doute parce qu'ils ont un moindre souci des soins de bouche et font usage de tabac et d'alcool, causes d'irritation locale des tissus. Dans le plus grand nombre des cas, les malades sont des tuberculeux pulmonaires avérés.

Primitive parfois, la tuberculose linguale est dans la très grande majorité des cas, secondaire. La bacillose linguale primitive s'explique facilement quand on pense aux

multiples occasions qu'a le bacille de Koch de s'introduire dans la bouche. Il peut y être apporté tantôt par des aliments contaminés (lait, viande), qui traversent la cavité buccale et y sont triturés, tantôt par le baiser, par un verre, par les doigts. Que la muqueuse linguale présente alors une solution de continuité quelconque, et voilà l'inoculation rendue possible.

La tuberculose linguale secondaire survient le plus habituellement au cours d'une bacillose pulmonaire ; mais on l'observe aussi chez des malades atteints de lésions tuberculeuses de l'anus (Observation de Bucquoy), des ganglions cervicaux (Paul Reclus), des os, de l'épididyme.

Lorsque les lésions linguales sont primitives, le bacille de Koch a pénétré dans la langue par voie directe, par inoculation.

Il en est encore de même en cas de lésions secondaires à une bacillose pulmonaire avérée : les crachats, riches en bacilles, inoculent en passant la langue au niveau d'une excoriation.

Mais lorsque la bacillose linguale survient chez un malade atteint d'une des tuberculoses externes signalées plus haut ou bien chez un bacillaire pulmonaire au début qui ne crache pas encore, il faut incriminer une autre voie d'accès du bacille, indirecte celle-là : la voie sanguine.

Mais, quelle que soit la voie d'apport, il faut toujours une cause locale (morsure, piquûre de fourchette, éraillure par pointe d'un chicot, brûlure par tuyau de brûle-gueule, ou même simple irritation due à l'usage abusif du tabac

ou de l'alcool) appelant pour ainsi dire la localisation du bacille, et une cause d'ordre général : le terrain favorable. Une autre condition intervient aussi, celle-là inhérente au bacille : sa virulence, la massivité et la répétition des inoculations, particularités réalisées au maximum chez le bacillaire pulmonaire cavitare, ce qui peut expliquer la très grande prédilection de la bacillose linguale pour cette catégorie de malades.

Les possibilités de développement de cette affection sont, on le voit, très nombreuses. D'où vient donc qu'elle soit une rareté? Cela tient tout d'abord à la solide barrière qu'oppose la muqueuse linguale qui, très dense, résistante, recouverte d'un épithélium stratifié, peut se trouver impunément en contact avec le bacille de Koch tant qu'une solution de continuité ne s'est pas produite à sa surface. Cette barrière franchie, ou bien évitée dans le cas d'infection par voie sanguine, la structure anatomique de la langue s'oppose encore au développement du bacille : la langue, en effet, contient très peu de tissu cellulaire, mais est surtout formée de tissu musculaire, qui, s'il n'est pas absolument réfractaire à la bacillose, lui est du moins très peu favorable.

Deux signes fonctionnels sont communs à toutes les manifestations de la tuberculose linguale : la douleur et l'hypersécrétion salivaire. Mais naturellement, ces symptômes diffèrent selon les cas par leur intensité : réduits au minimum dans les tuberculomes, ils sont très marqués, parfois même terriblement exaspérés, dans les formes ulcéreuses.

Au point de vue de son évolution, la bacillose linguale est une maladie essentiellement chronique et de longue durée. La marche en est progressive et envahissante, sans aucune tendance vers la guérison spontanée.

L'affection peut revêtir deux formes cliniques différentes :

L'ulcère tuberculeux de la langue ;

Le tuberculome : c'est la gomme ou abcès froid. Quant au lupus, il n'existe pas : le lupus du nez ou de la face ne se transmet, en effet, jamais à la langue, mais seulement à la bouche et au pharynx.

CHAPITRE II

L'ULCÈRE TUBERCULEUX DE LA LANGUE

Pendant très longtemps les ulcérations bacillaires de la langue restèrent inconnues. En 1761 seulement, Morgagni signale l'existence d'ulcérations sur la gorge des phtisiques. Puis, en 1778, Baumès, dans son *Traité de la phtisie pulmonaire*, donne les ulcérations de la bouche comme un phénomène fréquent à la période ultime de la tuberculose pulmonaire. Plus tard, en 1810, Bayle insistera longuement sur les ulcérations buccales des phtisiques, faisant ressortir les caractères qui les distinguent des ulcérations apparaissant dans la bouche des sujets sains ou atteints d'autres maladies. Puis Dugès, en 1829, mentionne les aphtes tuberculeux et considère leur apparition dans la phtisie comme d'un mauvais augure.

Mais c'est à Ricord qu'appartient l'honneur d'avoir nettement différencié de la syphilis certaines ulcérations linguales et de les avoir rattachées à leur véritable origine : la tuberculose.

En 1858, Buzenet, élève de Ricord, à propos d'une observation d'ulcération bacillaire de la langue, d'abord diagnostiquée chancre, et dont Ricord sut reconnaître la véritable nature, donne les caractères différenciant ces ulcérations bacillaires de celles de la syphilis. Enfin, en 1865, Julliard publia la première œuvre complète sur ce sujet.

Tous ces auteurs considéraient les ulcérations de la bouche chez les phthisiques comme l'indice certain d'une fin prochaine et les attribuaient à la cachexie, à l'épuisement. Julliard, dans une note de sa thèse, spécifie même qu'il emploie le terme d'ulcération tuberculeuse dans le sens d'ulcération résultant de la cachexie, d'un vice de nutrition, et non pas du ramollissement d'un tubercule. C'est Trélat qui, le premier, montra, en 1870, la véritable nature de ces lésions, ayant reconnu qu'elles étaient non seulement des ulcérations survenant chez un tuberculeux, mais des ulcérations de tubercules.

Depuis, les travaux se sont multipliés, permettant de se faire de cette affection une idée très nette tant au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique.

Moins fréquentes que celles du larynx, les ulcérations tuberculeuses de la langue sont les plus communes dans la cavité bucco-pharyngée. Sur 44 observations réunies dans la thèse d'agrégation de Spillmann, on relève 21 cas d'ulcérations de la langue contre 18 du pharynx et 5 des lèvres. Les hommes sont le plus souvent frappés : sur les 21 cas d'ulcérations linguales, on en note 17 chez des hommes et 4 chez des femmes.

Toutes les causes locales et générales que nous avons étudiées plus haut se retrouvent à l'origine de ces lésions qui, habituellement secondaires, sont aussi assez souvent primitives.

Ces ulcérations primitives n'étaient pas connues avant Trélat. On faisait d'une phtisie avancée ou du moins confirmée la condition *sine qua non* d'une ulcération bacillaire de la langue, si bien que Trélat, ayant eu à soigner en 1869 un malade chez qui une tuberculose linguale précédait dans son évolution la tuberculose pulmonaire, songea à tout, excepté à la bacillose. Personne, d'ailleurs, ne fit le diagnostic. Le malade succomba et c'est alors seulement que l'examen histologique pratiqué par Liouville, puis par Vulpian, révéla la vraie nature du mal. Depuis, d'autres cas d'ulcérations bacillaires primitives ont été relevés, et il est bien certain qu'ils sont plus fréquents qu'on ne l'aurait pu supposer tout d'abord, mais il n'en reste pas moins que cette lésion est habituellement secondaire et, le plus souvent, à une tuberculose pulmonaire très avancée avec anémie, toux fréquente, expectoration abondante et purulente, amaigrissement considérable, cachexie en un mot.

Cette notion de terrain, si importante qu'elle soit, n'est pas la seule permettant de caractériser la lésion. Les caractères même de l'ulcération permettent d'en préciser la nature.

Le début passe assez souvent inaperçu. Il est, en effet, des cas où les symptômes y sont tellement effacés que les malades ne reconnaissent l'existence du mal que lorsque

l'ulcère est déjà constitué. C'est que les signes fonctionnels n'atteignent l'intensité qui les caractérise que lorsque le processus ulcéreux met à nu les fibres nerveuses dont l'irritation constitue une bonne partie du tableau symptomatique. Mais il n'en est pas toujours ainsi et souvent on peut voir évoluer l'affection depuis son début.

Presque toujours unique (en voir deux est une rareté, trois une exception), elle siège de préférence à la pointe ou sur les bords, parfois sur la face dorsale, très rarement à la face inférieure, toujours plus près de la pointe que de la base. Celle-ci, cependant, peut être atteinte aussi très exceptionnellement : Julliard en cite un cas, mais il est vrai que là les lésions s'étaient primitivement développées sur les amygdales, le voile du palais, le pharynx, et n'avaient que secondairement envahi la langue.

Pendant une courte période, la muqueuse linguale présente là où se développera l'ulcération, une légère rougeur accompagnée d'une faible sensation douloureuse. Puis, sur ce fond un peu rouge, apparaît une plaque jaune clair, arrondie, de 1 à 4 millimètres, ne faisant pas saillie. Au bout de peu de jours, l'épithélium qui la recouvre tombe : l'ulcération est constituée. Elle se présente alors comme une perte de substance de forme allongée et fissuraire, dont il faut écarter les bords pour apercevoir le fond : c'est la rhagade tuberculeuse. Ce sont les papilles hypertrophiées qui surplombent les bords de l'ulcération. Dans certains cas, cette hypertrophie papillaire prend une telle importance qu'elle constitue une véritable forme verrueuse de la tuberculose linguale. M. François-Dainville

en communiqua un cas à la séance du 11 mars 1904 de la Société anatomique. Le malade présentait une véritable tumeur formée de petites papilles circonscrites par des fissures. Il existait un assez grand nombre de granulations tuberculeuses et l'examen bactériologique y décela des bacilles de Koch.

Mais revenons à l'ulcération que nous avons vu se constituer. Elle va gagner en surface d'abord, puis en profondeur, s'agrandissant surtout dans le sens antéro-postérieur. Le mécanisme de son agrandissement excentrique est très simple : Tout autour de notre petite plaque ulcérée apparaissent d'autres petites macules rondes et jaunes ; elles s'ulcèrent aussi, puis confluent entre elles et avec la première formant une ulcération agrandie autour de laquelle apparaîtront d'autres petits points jaunâtres qui auront la même évolution. Ces points jaunes ne sont que de petits abcès miliaires dus à la caséification des follicules : ce sont les grains jaunes de Trélat dont l'importance diagnostique est très grande, ainsi que nous le verrons.

Le plus souvent, c'est à ce stade d'ulcération constituée que l'on est appelé à examiner le malade. On voit alors une ulcération de forme plutôt allongée, à direction parfois rectiligne mais d'ordinaire sinueuse, dont l'étendue et la profondeur sont proportionnelles à l'ancienneté de la lésion. La largeur varie d'une lentille à une pièce de deux francs, mais elle peut être beaucoup plus grande : elle dépend de l'âge et comme le mal est très persistant et tend constamment à envahir, plus il est ancien, plus il

est grand. Quant à la profondeur, elle est plutôt faible, et, en tout cas, on ne trouve pas ces cavités anfractueuses et pénétrantes si communes dans le cancer.

Les bords d'ordinaire minces, peu saillants, décollés et violacés, parfois épais et boursoufflés, toujours coupés nettement et taillés à pic, sont très irréguliers, découpés, festonnés comme les contours d'un fiord norvégien, suivant la comparaison de Reclus, ce qui s'explique facilement lorsqu'on connaît le mode d'accroissement de l'ulcère par confluence d'ulcérations les unes dans les autres.

Ainsi entouré, le fond apparaît, lui aussi, irrégulier, raviné pour employer encore une comparaison de Reclus. Il ressemble au plan en relief d'un massif montagneux. Très exceptionnellement, et seulement dans des lésions de date récente, il est lisse et uni. Il est recouvert, au moins par places, de détritits caséeux grisâtres ou jaunâtres en voie d'élimination qui occupent les vallonnements, les parties saillantes étant presque toujours rosées ou rouges. Dans certains cas, le fond est atone, pâle, uniformément grisâtre; plus rarement il est rouge et ecchy-motique. Peu profond en général, il n'a pas tendance à suppurer abondamment.

Dans les parties avoisinant l'ulcère, la muqueuse est en général le siège d'une rougeur plus ou moins marquée, formant parfois une véritable zone rouge vif. Cette zone rouge n'existe que dans les cas typiques. Mais qu'elle existe ou non, on voit dans la plupart des cas, près des bords de l'ulcération, un semis de petits points jaunâtres gros comme une tête d'épingle ou un grain de sable et

qui ne sont autres que les grains jaunes de Trélat dont nous avons parlé plus haut. Discrètes parfois au point qu'il n'en existe qu'une ou deux, ces petites taches peuvent être très nombreuses et former une véritable voie lactée. Elles ne sont pas uniformément réparties autour de l'ulcère; il y a presque toujours un point où elles sont plus nombreuses, semées, lorsque la zone rouge existe, sur une muqueuse plus congestionnée. C'est vers ce point que s'agrandit surtout l'ulcère. Ces grains jaunes de Trélat ont une importance capitale : ils sont absolument pathognomoniques et lorsqu'ils existent, en si petit nombre que ce soit, autour d'une ulcération linguale, ils permettent d'en affirmer la nature tuberculeuse.

Au palper, on ne trouve, en général, pas d'induration, car le processus reste d'ordinaire superficiel et les tissus voisins conservent, à peu de chose près, leur souplesse ordinaire. Ceci est toutefois loin d'être une règle absolue. Parfois, en effet, l'ulcère repose sur une base plus ou moins volumineuse due à l'infiltration séreuse du tissu cellulaire, mais cette base, quoique moins souple et plus dure que le tissu normal, n'a pas la consistance de l'induration vraie que l'on trouve dans les tumeurs. Ce gonflement œdémateux peut se propager plus ou moins en arrière de l'ulcération et produire ainsi une déformation unilatérale, avec même déviation de l'organe; mais, en général, il ne s'étend pas bien loin. Toutefois, dans une observation de Julliard, l'infiltration s'est propagée jusqu'à la partie supérieure du larynx, déterminant un œdème de la glotte qui emporta le malade. D'autres fois,

L'ulcération repose sur une base vraiment indurée, sur une vraie tumeur. C'est le cas chez le malade de notre maître, M. le Professeur U. Monnier. Un autre nous a été signalé par notre excellent ami, le docteur F. Gaudin : Il s'agissait d'un homme de cinquante-trois ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes en novembre 1917 pour cancer de la langue. Il présentait, en effet, une ulcération cratéristique occupant la partie centrale et antérieure de la langue et reposant sur une base indurée de tumeur. On notait la présence d'un ganglion sous-maxillaire. réaction de Wassermann fut négative, le traitement spécifique sans résultat. Il y avait des signes de bacillose pulmonaire. Une biopsie suivie d'examen histologique montra qu'il s'agissait de tuberculose. Les coupes que M. le docteur Castagnary, chef des travaux d'Histologie à l'Ecole de Nantes, a bien voulu nous montrer, sont même particulièrement remarquables par le nombre de cellules géantes que l'on y rencontre : elles en fourmillent littéralement. On fit l'ablation large de la tumeur ; la réunion *per primam* fut obtenue et le malade sortit guéri. Il n'a pas été suivi depuis.

Cette induration vraie est un phénomène tardif dû à une glossite interstitielle sous-jacente. Très exceptionnellement, ces phénomènes de glossite peuvent prendre une importance considérable et accaparer à eux seuls la scène clinique : C'est ainsi qu'en 1906, M. Morestin exposa à la Société anatomique (séance du 8 juin), le cas d'un malade qui offrit l'aspect clinique de la glossite aiguë ;

une partie de la langue formait un bloc ligneux. On ne pensa pas d'abord à la tuberculose et on incisa la langue tuméfiée. M. Morestin constata la présence de petites ulcérations caractéristiques accompagnant des symptômes pulmonaires : un fragment de la langue prélevé par biopsie fournit à l'examen histologique des préparations typiques de bacillose. Le malade succomba à une tuberculose aiguë.

Pour terminer l'exposé des signes physiques, nous signalerons l'absence de réaction ganglionnaire sous-maxillaire et cervicale dans la majorité des cas : Ce signe négatif est toutefois loin d'être constant.

Deux symptômes fonctionnels viennent compléter le tableau clinique : la douleur, l'hypersécrétion salivaire.

Si légère à la période de début qu'elle attire à peine l'attention du malade, la douleur devient intense lorsque l'ulcération est constituée, s'accroît avec elle et devient un symptôme essentiel. Souvent, mais non toujours, elle s'irradie jusque dans l'oreille. Les parties avoisinantes sont indolentes à l'exploration, mais il n'en est pas de même de la surface ou des bords de l'ulcération. Là, le moindre contact est douloureux. Les aliments, surtout chauds et épicés, les substances irritantes (alcool, fumée de tabac), le moindre frottement contre les arcades dentaires, réveillent une vive douleur, de même tout mouvement de la langue. C'est là l'explication de la gêne qu'éprouvent les malades pour la mastication, la déglutition, la phonation. Dans certaines formes particulièrement graves, la mastication et la déglutition déterminent de

telles douleurs que l'alimentation devient presque impossible. De même, lorsque l'ulcération linguale est très étendue, non seulement le langage est presque inintelligible, mais toute tentative d'élocution devient une cause de terribles souffrances.

Comme si toutes ces tortures ne suffisaient pas à saper la résistance du malade, il faut encore que le malheureux subisse le supplice d'une hypersécrétion salivaire intense, emplissant dans la journée deux ou trois crachoirs, et surtout marquée dans les cas où la langue présente un gonflement notable, une tumeur assez grosse. Il arrive parfois que la salive s'écoule incessamment hors de la bouche : c'est ainsi qu'un malade de Féréol vivait devant un crachoir, laissant couler sa salive sans interruption.

La fétidité de l'haleine, enfin, ajoute à l'horreur de la situation.

Tous ces troubles expliquent pourquoi, même dans le cas de tuberculose primitive de la langue, l'état général est profondément altéré. Mais, naturellement, il est tout particulièrement atteint lorsque le malade est un phthisique. Dans ce cas les symptômes généraux sont ceux de la bacilliose pulmonaire et varient avec la gravité des lésions du poumon.

Une fois développé, l'ulcère tuberculeux lingual reste parfois stationnaire, mais d'ordinaire s'étend suivant une marche lente et progressive. Il ne rétrograde jamais spontanément. Le succès que donne parfois le traitement est d'ailleurs éphémère : l'ulcère a diminué, s'est presque complètement cicatrisé; on croit tenir la guérison. Mais ce

n'est qu'une courte trêve: l'ulcération retrouve peu à peu son aspect primitif et, en dépit de tout, reprend sa marche envahissante. Petit au début, il arrive à occuper parfois presque toute la langue. La durée de l'affection varie de six mois à deux ans en cas de lésion secondaire. C'est qu'en effet, la lenteur de l'évolution a des degrés: chez tel malade l'ulcère ne subira pour ainsi dire aucune modification en quatre ou cinq mois, tandis que chez tel autre il suffira de trois à quatre semaines pour voir se produire une perte de substance assez importante. Tout dépend de l'état du poumon lors du début des ulcérations, de l'alimentation et de la résistance plus ou moins grande qu'oppose le malade selon l'altération de l'état général. Dans les lésions primitives, l'évolution aura donc son maximum de lenteur et l'affection pourra durer beaucoup plus de deux ans.

Quoiqu'il en soit de ces variations, il s'agit, on le voit, d'une affection à évolution essentiellement chronique et lentement progressive.

Après cette étude purement clinique de l'ulcération bacillaire de la langue, nous ne saurions en passer sous silence l'étude histologique et microbiologique.

Les bords et le fond de l'ulcération sont tapissés d'une couche de bourgeons charnus et de tissu embryonnaire dans laquelle on ne trouve point de lésions spécifiques et, généralement, très peu de bacilles. C'est au-dessous de cette couche superficielle, dans le tissu qui constitue le fond de l'ulcère, que l'on trouve les lésions spécifiques, les follicules tuberculeux avec leurs cellules géantes, leurs

cellules épithéloïdes, leurs cellules embryonnaires. Souvent on en rencontre de disséminés beaucoup plus profondément dans le tissu conjonctif qui sépare les faisceaux de fibres musculaires striées. Tout autour d'eux le tissu embryonnaire se continue dans les interstices des faisceaux musculaires. En général, les lésions s'étendent peu dans la profondeur, surtout quand elles sont primitives. Elles restent cantonnées dans la muqueuse et les couches de fibres musculaires immédiatement sous-muqueuses et tendent surtout à gagner en surface. Elles diffusent d'ailleurs souvent très loin, beaucoup plus loin qu'on n'aurait pu le supposer d'après l'examen de l'ulcère tuberculeux pendant la vie du malade.

Quant aux bacilles de Koch, ils sont très nombreux soit au centre des follicules tuberculeux, soit dans leur intervalle. On les retrouve également, mais en nombre bien moindre, dans les produits de raclage des ulcérations.

Il nous paraît intéressant de reproduire ici la description histologique, due à l'obligeance du docteur Castagnary, des lésions linguales dans le cas que nous a communiqué le docteur Gaudin : elles sont, en effet, extrêmement typiques.

« L'épithélium de revêtement a totalement disparu au
« niveau de l'ulcération et le chorion et les plans musculaires
« sous-jacents sont infiltrés de cellules rondes. On
« y trouve des follicules tuberculeux typiques très nom-
« breux avec tous leurs éléments histologiques : cellules
« géantes, cellules épithéloïdes et lymphocytes. Le tissu
« conjonctif intermusculaire est le siège d'une infiltra-

« tion lymphocitaire intense et, en certains points, le
« tissu musculaire est atrophié et disparaît. A noter éga-
« lement la présence d'un manchon lymphocytaire au
« niveau de certains capillaires.

« Il s'agit d'une ulcération tuberculeuse à lésions his-
« tologiques typiques. »

Nous terminerons ce chapitre en ajoutant au cas si caractéristique du professeur U. Monnier, relaté au début de ce travail, quelques autres observations choisies parmi les plus probantes.

Observation de Maurice Raynaud (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* 1874).

Le 24 Février 1874 une femme entre dans le service du docteur Raynaud à l'Hôpital Lariboisière en se plaignant d'une toux qui remontait à un an environ mais qui depuis un mois avait pris un caractère plus inquiétant et était accompagnée d'expectoration abondante, de frissons erratiques, de fièvre, d'un peu de diarrhée avec perte de forces et amaigrissement considérable. Au moment de l'entrée, matité aux sommets, craquements humides sous la clavicule gauche, râles sous-crépitaux et sibilants dans les deux fosses sus-épineuses.

Trois semaines après, la malade se plaignant d'avoir mal à la langue, on examine cet organe et on y trouve près de la pointe et sur les deux faces supérieure et inférieure de petites taches arrondies de la largeur d'une tête d'épingle, d'une coloration blanc jaunâtre et ne faisant aucune saillie à la surface. Ces petites taches étaient particulièrement confluentes à la face dorsale et au sommet de la langue.

Trois semaines au plus après le début des accidents locaux,

toutes les ulcérations s'étaient confondues en une seule dont le fond restait grisâtre, pultacé. Quelques jours après, on constata dans la région sus-hyoïdienne un engorgement ganglionnaire assez considérable qui a persisté jusqu'à la fin.

La malade fut d'abord traitée par des attouchements au nitrate d'argent. Une amélioration sensible fut obtenue par l'application locale d'éther sulfurique avec le pinceau et l'administration à l'intérieur de 4 grammes de chlorate de potasse par jour. Mais l'amélioration resta stationnaire et l'état général empira de jour en jour. La malade succomba le 19 Avril 1874 moins de 2 mois après son entrée à l'Hôpital.

Observation de Moutard-Martin (*In thèse Périer. — Paris 1883*).

Le nommé H..... Désiré, copiste, âgé de 50 ans est entré le 27 Mars 1881 dans le service annexe de l'Hôpital Cochin, dirigé par M^r le docteur R. Moutard-Martin.

Antécédents de famille bons. Personnels de même, sauf refroidissement contracté 2 ans auparavant qui a amené une toux persistante puis un amaigrissement considérable depuis quelque temps et une transpiration abondante la nuit. Pas de crachats de sang ; pas de maladies vénériennes. Denture très défectueuse surtout les incisives et la canine inférieure au niveau de l'ulcération.

Celle-ci a débuté suivant le malade vers Février 1881 ; mais d'après la salivation abondante observée par lui-même, le début doit être placé en Septembre 1880. Elle siège à la partie antérieure de la langue, près de la pointe, et empiète sur le bord et la face inférieure de l'organe. Elle a la dimension d'une pièce de 50 centimes, n'est pas régulièrement arrondie, a ses bords déchiquetés et le fond grisâtre. A un millimètre du bord de la perte de substance, sous l'épithélium et dans l'épaisseur du chorion muqueux, on aperçoit par

transparence deux petits points d'un gris jaunâtre gros comme une tête d'épingle et dont l'enlèvement produit à la place une petite perte de substance cupuliforme. Pas de base indurée. Rétablissement ganglionnaire presque nul.

A l'auscultation, murmure respiratoire très renforcé, presque soufflant à droite et en arrière dans la fosse sous-épineuse. Pas de bruits anormaux. A la percussion, matité aux deux sommets. Fonctions digestives conservées, appétit médiocre. Pas de diarrhée.

Le traitement se fait à l'atropine en granules et avec de légers attouchements à la teinture d'iode, puis on emploie les émollients, mais sans aucun résultat. Il se développe plusieurs ulcérations; celles-ci se fondent en une seule qui s'accroît en profondeur. La langue notablement raccourcie est comme rétractée. Les souffrances sont vives. La cachexie s'augmente et le malade meurt le 25 juin dans le dernier degré du marasme.

A l'autopsie on découvre de nombreux et importants tubercules dans les poumons et l'intestin. Le larynx, l'œsophage et le pharynx avaient seulement de la rougeur, l'estomac de petites ecchymoses. Le cœur était petit, atrophié, la langue ratatinée et comme racornie. Le 1/3 antérieur environ avait été détruit par les progrès de l'ulcère.

Observation de Toison (*Comm. à la Soc. anat. clinique de Lille, 1890*) (*Archives de laryngologie de Ruault, 1891*).

Un homme de 42 ans, atteint de tuberculose pulmonaire déjà ancienne, se mord la langue il y a 8 mois. La plaie, à peine d'un centimètre, a beaucoup saigné et s'est mal cicatrisée. Trois mois après il reste au niveau de la morsure une ulcération qui, ne guérissant pas malgré l'application de plusieurs topiques est enlevée par le docteur Duret dans le service duquel le malade est entré. A ce moment, l'ulcération offre les dimensions d'une pièce de 50 centimes. paraît

creusée à l'évidoir et pénètre profondément dans la muqueuse ; le fond présente quelques bourgeons pâles, la base n'offre pas d'induration notable au palper. Il existe dans la région sous-maxillaire de chaque côté un petit ganglion dur, mobile, roulant sous le doigt.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait bien d'une ulcération tuberculeuse, mais que les tissus malades contenaient peu de bacilles.

Observation de Mendel (Résumée) (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1894).

Malade de 27 ans, sans syphilis antérieure, mais présentant des signes nets de bacillose pulmonaire.

A présenté pendant assez longtemps au siège de la lésion actuelle, à l'occasion d'excès de tabac ou d'alcool, une légère irritation suivie de petites ulcérations tendant fort peu à guérir. Il y a un mois, l'ulcération habituelle ne guérit pas, s'agrandit, formant à la partie moyenne du bord gauche de la langue une ulcération plate, grande comme une pièce de 50 centimes, à fond rouge, à bords décollés et reposant sur une base indurée. En outre à la face latérale correspondante du cou, tumeur ganglionnaire grosse comme une mandarine.

On pense à un chancre syphilitique de la langue. La langue est douloureuse, notamment dans la mastication, mais le malade fait remarquer lui-même que les douleurs sont surtout déterminées par le contact avec la première grosse molaire qui a un tubercule saillant. On lime la dent ; le malade est soulagé. L'ulcération sembla se réparer, mais bientôt elle s'agrandit, devint large comme une pièce de 2 francs, grisâtre, et s'entoura des petits nodules blancs jaunâtres sur lesquels Trélat a appelé l'attention. La tumeur ganglionnaire a diminué de moitié.

Il s'agit d'une ulcération tuberculeuse de la langue,

appelée vraisemblablement par une irritation dentaire prolongée : La dent a lacéré la langue et sur les érosions s'est greffé ultérieurement le bacille de Koch.

A l'occasion de cette communication, Fournier fit observer que, d'ordinaire, l'ulcération tuberculeuse repose sur une base souple, ce qui la distingue des lésions qui peuvent la simuler.

Observation de Duplay (Résumée) (In thèse Auguy. Paris 1895).

Jeune homme de 24 ans. Début de l'affection linguale neuf mois avant son entrée à l'Hôpital. A cette époque il survint sur la face dorsale, près de la pointe une série de petits boutons du volume d'une tête d'épingle, jaunâtres. Deux ou trois mois après, il y avait autant d'ulcérations qui se réunirent en une ligne antéro postérieure de manière à constituer une fente prolongée jusqu'à la pointe qui devint bifide. Depuis, le huitième de l'organe a totalement disparu. Six mois après l'apparition des boutons indiqués plus haut sur le dos de la langue, il se développa sur toute la partie droite de l'arcade alvéolaire supérieure une ulcération fongueuse dont le point de départ paraît avoir été l'ablation d'une dent cariée.

A l'entrée on constate que le fond de l'ulcération linguale qui est très étendue est grisâtre. Les bords sont au même niveau que le fond. Ils ne sont ni décollés, ni taillés à pic ; ils sont festonnés irrégulièrement. Il n'y a aucune induration au niveau de l'ulcération ou des parties voisines. En arrière de la lésion principale, il existe de nombreux petits points jaunâtres à siège sous-épithélial dont plusieurs semblent sur le point de s'ulcérer. L'ulcération alvéolaire s'est beaucoup agrandie et l'on arrive facilement avec le stylet sur du tissu osseux dénudé.

CHAPITRE III

LE TUBERCULOME LINGUAL

GOMME OU ABCÈS FROID

Si l'ulcération bacillaire de la langue est rare, le tuberculome l'est encore bien plus. Depuis les premières observations, dues à Fano et à Gosselin, il n'en a guère été publié qu'une vingtaine de cas. Aussi cette affection resta-t-elle longtemps inconnue : Ce n'est qu'en 1883, en effet, que De Brun publia pour la première fois une observation d'abcès froid de la langue accompagné d'examen histologique. Pourtant, dès 1862, Fano avait signalé deux affections de la langue, l'abcès froid et les fistules, comme n'étant décrites dans aucun traité classique. Et il publiait une observation de fistule de la face dorsale de la langue ayant très probablement succédé à un abcès froid. Fano n'osait encore affirmer son diagnostic, lorsque l'apparition sur l'autre moitié de la langue d'une tumeur qui, bientôt, se transforma en collection purulente, le fit conclure nettement à l'abcès froid.

Puis, en 1872, ce fut une clinique de Gosselin à propos d'un malade porteur d'un abcès bacillaire de la langue. Vint ensuite, en 1883, la publication de De Brun. En 1884, Gade et Barth publièrent chacun une observation sur ce sujet. Poncet enfin, en 1888, présenta à la Société de chirurgie de Lyon un jeune homme de vingt-six ans porteur d'un abcès froid de la langue.

Puis diverses observations, notamment celles dues à Le Dentu, Chauffard; divers travaux, en particulier les thèses de Whitmann et de Sauvage, mirent au point la question malgré l'extrême rareté de la lésion.

Le tuberculome lingual ne semble pas exister chez l'enfant. On l'observe entre 28 et 50 ans et, plus fréquemment, chez l'homme.

Il existe quelques faits d'abcès tuberculeux primitifs de la langue (Sinibaldi), mais, dans l'immense majorité des cas, ils sont secondaires, survenant soit chez un bacillaire pulmonaire cachectique, ou seulement peu avancé, soit chez un porteur d'une tuberculose chirurgicale. L'infection se fait surtout par voie sanguine. Les causes locales occasionnelles (morsures, irritation par un chicot, etc.) déterminent plutôt l'ulcération; elles peuvent néanmoins provoquer l'apparition d'un abcès froid, ainsi qu'en témoigne l'observation suivante de Regnier.

Observation de Regnier (*In thèse Whitman. Paris 1893*).

Tuberculose osseuse. Blessure de la langue pendant l'anesthésie par la pince à langue. Abcès froid consécutif.

Il s'agit d'un adulte qu'on opéra une première fois pour une ostéite tuberculeuse du tibia: le malade eut une syncope

sous le chloroforme ; les flagellations qu'on lui fit sur les joues pour le ranimer provoquèrent les jours suivants une ecchymose de la joue droite et l'on vit quelques jours après survenir une tuberculose de l'os malaire. Une seconde opération fut nécessaire pour le traitement de cette nouvelle osteïte. Cette fois survint une syncope pendant laquelle on maintint la langue tirée avec la pince à langue. Cette pince porte sur une de ses branches une dent qui traverse la langue de part en part pour l'empêcher de déraper : Peu de temps après survint au niveau de la piqure une collection fluctuante qui fut incisée. L'examen histologique démontra la nature tuberculeuse de l'abcès. Il s'agit là évidemment d'une auto-inoculation, car l'instrument sortait de l'étuve à 200 degrés.

Habituellement unique, parfois au contraire multiple, à tel point que l'on trouve la langue bourrée de petites nodosités, le tuberculome lingual siège sur la face dorsale et à la partie moyenne de la langue, parfois à la base. C'est une masse unilatérale plus rapprochée d'un des bords que de la ligne médiane. D'un volume variant de celui d'un pois à celui d'une noix, il est d'ordinaire situé immédiatement au-dessous de la muqueuse, bien plus rarement en plein tissu musculaire. Le tuberculome passe d'abord par une phase de crudité, puis par une phase de ramollissement. L'abcès froid ainsi constitué, de forme arrondie, présente une cavité régulière contenant un pus mal lié, grumeleux, et limitée par une paroi épaisse et dure dont la surface interne est constituée d'éléments nécrosés, tandis que la surface externe, nettement tuberculogène, montre des lésions tuberculeuses en voie de

prolifération active : follicules tuberculeux avec cellules géantes et couronne de cellules épithélioïdes. Les bacilles de Koch se trouvent aussi dans cette partie externe de la paroi. Dans le pus de l'abcès, peu ou pas de bacilles. En somme, cet abcès froid de la langue ne présente histologiquement aucun caractère particulier et ressemble à toute lésion de ce genre développée en un point quelconque de l'économie.

Le début très insidieux passe ordinairement inaperçu ou, du moins, l'affection est si peu gênante que le malade n'y fait pas attention. C'est à peine s'il éprouve une gêne légère à la langue. La déglutition, la phonation ne sont en rien troublées.

On peut alors sentir dans la langue, profondément, une petite tumeur mal limitée, grosse comme un noyau de cerise, dure et à peine douloureuse.

Cette petite tumeur va grossir lentement et venir faire saillie à la face dorsale de la langue dont elle soulèvera la muqueuse.

On voit alors l'organe déformé à sa partie moyenne par une tumeur arrondie située latéralement. Au niveau de cette voussure la muqueuse est d'un rouge plus intense, lisse et comme vernissée; parfois elle présente un aspect verruqueux tout particulier dû à l'hypertrophie papillaire.

Souvent on observe aussi des lésions de voisinage : soit de véritables ulcérations tuberculeuses, soit un semis de grains jaunes de Trélat.

Le palper décèle une masse arrondie, grosse comme une

noisette ou une noix, enchassée dans les tissus environnants et de consistance ferme, mais où un examen attentif décèle une fluctuation plus ou moins nette, très manifeste quand l'abcès a la grosseur d'une noix. Une petite zone d'induration circonscrit la tumeur, mais elle ne s'étend pas à distance et la langue garde sa mobilité. Cette exploration peut être indolente, mais, d'ordinaire, elle est assez douloureuse.

L'adénopathie peut exister, mais n'est pas habituelle ; elle se borne, en tout cas, à la présence de quelques petits ganglions sous-maxillaires.

Les signes fonctionnels sont encore ici la douleur et l'hypersécrétion salivaire, mais infiniment moins marqués que dans l'ulcération. Les douleurs, nous venons de le voir, n'apparaissent guère que lorsque l'abcès a pris un certain volume. Pas très vives d'ordinaire, elles sont provoquées par la pression ou la mastication.

Celle-ci se trouve donc un peu gênée. La déglutition et la phonation ne sont d'ordinaire que peu entravées, sauf dans les abcès un peu volumineux. C'est aussi le volume de la tumeur qui entraîne l'apparition du ptyalisme et détermine son intensité.

Les manifestations locales contribuent bien moins que celles de l'ulcération à altérer l'état général ; celui-ci est donc sous la dépendance étroite de l'état pulmonaire ; les symptômes généraux sont ceux que commande le degré d'évolution de la phtisie.

Abandonné à lui-même, cet abcès froid n'a aucune tendance à se résorber. Il s'accroît, devient de plus en plus

superficiel et finit par ulcérer la muqueuse et par s'ouvrir au dehors. Il se forme alors une fistule. La paroi de l'abcès vide bourgeonne parfois, donnant naissance à un bourgeon fongueux et mollassé qui, faisant issue à travers l'orifice fistuleux, s'étale à l'extérieur.

Parfois l'ouverture est plus importante et, au lieu de se fistuliser, l'abcès froid se transforme en une ulcération tuberculeuse avec tous ses caractères. Son origine lui imprime toutefois deux particularités : une grande profondeur et un aspect un peu spécial du fond qui est cratériforme et sanieux.

Pour illustrer cette description du tuberculome lingual, nous joindrons au cas de Regnier reproduit plus haut quelques autres observations caractéristiques.

Observation de Barth (résumée). (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1884).

TUBERCULISATION PARENCHYMEUSE DE LA LANGUE
A FORME NODULAIRE.

Il s'agit d'un homme de 46 ans entré à l'Hôpital pour tuberculose pulmonaire manifeste (Infiltration et ramollissement des deux sommets). Avant son entrée à l'Hôpital, il avait commencé à éprouver à la langue des sensations de brûlures et une gêne légère des mouvements de cet organe. Ces phénomènes étaient si légers que le malade ne les avait pas signalés à l'entrée à l'Hôpital.

Mais 4 ou 5 semaines plus tard, il se plaignit de souffrir de la langue qui présentait en effet une tuméfaction marquée à la partie antérieure. L'extrémité de la langue était bosselée, présentant sur les deux faces plusieurs petites saillies

arrondies grosses comme des lentilles et semblant dues à des corps étrangers développés dans son épaisseur. A palper, on avait la sensation de petites boules indurées, variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'un pois chiche, les unes superficielles, les autres profondes.

Au bout de la langue, on voyait une petite ulcération linéaire de 2 ou 3 millimètres de longueur, à bords nettement taillés, secs, sans fongosités, à fond inégal formé par le tissu musculaire de la langue.

Comme une ulcération de même genre qui se produisit une fois un peu plus tard, elle était due à l'ouverture d'un des nodules dont nous avons parlé. La parole, la mastication étaient peu gênées, la déglutition pas du tout — Mais le malade se plaignait de douleurs très vives, névralgiformes, presque continuelles et empêchant tout sommeil.

Au bout de 3 mois, l'état est le suivant : L'extrémité de la langue, élargie et épaissie, est sillonnée de plis irréguliers, circonscrivant 8 ou 10 tumeurs, arrondies, enchâssées dans son épaisseur. Ces tumeurs, dont les plus volumineuses sont grosses comme une noisette, sont fermes, résistantes au toucher et très douloureuses à la pression. L'une des nodosités est ulcérée. Le malade accuse toujours des douleurs très vives qui sont exaspérées par les mouvements de la langue.

L'état général est satisfaisant, l'appétit bon, mais l'alimentation est si pénible que le malade ne peut prendre que du lait et des potagés — L'état pulmonaire est à peu près le même.

Malgré l'absence de toute trace de syphilis, on institue pendant un mois un traitement d'épreuve (mercure et iodure de potassium). Aucun résultat. L'un des tubercules les plus saillants, près de la pointe, s'est ulcéré et s'est vidé d'un peu de matière caseïforme. D'autres, moins avancés dans leur évolution, tendent cependant vers la rupture : à leur niveau la muqueuse est amincie, lisse et luisante mais non encore

entamée — A la face inférieure de la langue on voit plusieurs groupes de granulations petites et superficielles, les unes jaunâtres, les autres grisâtres.

En outre, de nouveaux tubercules ont fait leur apparition en arrière des premiers. D'autre part la palpation de la langue en arrière des tubercules visibles révèle la présence de 4 à 6 nodosités grosses comme des pois, profondément enchâssées dans le parenchyme lingual. Plus en arrière, la langue est saine — Il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire.

Les crachats du malade contiennent des bacilles de Koch en grand nombre.

En terminant l'exposé de ce cas, Barth annonce son intention de détruire au thermocautère le tissu morbide et de prélever auparavant un des tubercules pour le soumettre à l'examen histologique, bien que la nature tuberculeuse de ces lésions linguales ne lui paraisse pas douteuse.

Observation de Chauffard (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1892).

TUBERCULOSE GOMMEUSE PROFONDE DE LA LANGUE.

Le malade que je présente offre un exemple très net d'une variété de tuberculose linguale assez rare et dont le diagnostic différentiel avec la glossite gommeuse ne laisse pas d'offrir de réelles difficultés.

Il s'agit d'un ouvrier surmené, 48 ans, aspect presque cachectique. A 24 ans, syphilis bénigne très probable,

— Enfin depuis l'hiver 1891-92, tuberculose pulmonaire en voie d'évolution confirmée par l'examen des crachats.

Du côté de la langue, on constate une augmentation considérable du tiers antérieur de l'organe qui est mamelonné, comme montueux, recouvert d'un exsudat jaunâtre assez abondant et présente au niveau du sillon médian une fissure grisâtre, irrégulière, comme ravinée, se terminant en arrière par une sorte de cratère — Ulcération à la commissure labiale gauche et du même côté petit ganglion mobile à l'angle de la mâchoire. Enfin, dans tout le tiers antérieur de la langue, on trouve sur la muqueuse lisse et rosée un semis discret de petits nodules jaunâtres miliaires ou submiliaires. Ce sont les points jaunâtres dont Trélat a montré la grande valeur sémiologique. Peu ou pas de douleurs. Tuberculose laryngée probable, mais que l'état de la langue ne permet pas de vérifier au laryngoscope.

Bien que la tuberculose ne fit aucun doute, on était en droit, chez cet homme vraisemblablement entaché de syphilis, de suspecter une éclosion de gommes profondes tertiaires, mais le traitement d'épreuve n'a donné aucun résultat. Malgré des doses d'iodure de potassium progressivement portées jusqu'à 8 grammes par jour, non seulement les lésions n'ont pas rétrogradé, mais elles se sont aggravées. Or si les fissures par sclérose syphilitique ne guérissent pas par l'iodure, les gommes se résorbent vite et complètement. On sait du reste que dans la glossite syphilitique, les fissures sont plus multiples, plus craquelées et moins sanieuses que dans la glossite tuberculeuse.

Pour ce qui est du traitement dans le cas dont il s'agit et dans les cas similaires, les indications ne peuvent guère être que palliatives. Les lésions sont trop étendues pour que l'on puisse songer à une intervention radicale — Je me contenterai donc d'applications antiseptiques au naphthol camphré par exemple et au besoin de topiques analgésiques locaux,

Observation de Venot (*Bordeaux*) (*in Presse Médicale*
29 Juillet 1914).

ABCÈS FROID DE LA LANGUE.

Malade de 50 ans, atteint de laryngite bacillaire et de tuberculose pulmonaire, qui depuis deux mois présente sur le côté droit de la langue une tumeur grosse comme un œuf de poule, fluctuante, non douloureuse, gênant simplement le malade pour manger et parler.

Du côté correspondant, quelques petits ganglions carotidiens — Du côté opposé, un ganglion sous-maxillaire suppuré. Une ponction ramena du pus contenant du Koch.

Plusieurs ponctions avec injection d'éther iodoformé ont amené une réduction rapide de la tumeur qui devient grosse comme une noisette, dure sclérosée : guérie probablement.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des lésions tuberculeuses de la langue se présente dans deux conditions différentes, selon qu'il y a ulcération ou que l'on a affaire à un tuberculome non ulcéré.

En présence d'une ulcération linguale à allure chronique et progressivement envahissante, rebelle, sans adénite de voisinage et s'accompagnant de douleur et de ptyalisme, on est en droit de songer à la tuberculose. Quand le malade est atteint de bacillose pulmonaire ou laryngée, le diagnostic est facile, mais il n'en est pas de même quand la lésion est primitive.

Bien des causes d'erreur sont à éliminer. Nous envisagerons deux cas selon que l'ulcération repose ou non sur une base indurée de tumeur.

Lorsqu'il n'y a pas de tumeur, nous éliminerons d'abord rapidement quelques affections d'un diagnostic facile.

La **leucoplasie** donne lieu, lorsqu'elle est ancienne, à des exulcérations très superficielles. Mais on la reconnaîtra très facilement à la présence sur la face muqueuse des lèvres et surtout sur la face interne des joues, au niveau des commissurés labiales, de plaques nacrées absolument pathognomoniques.

Les **aphtes** sont des vésicules à contenu jaunâtre laissant à leur suite des ulcérations assez rebelles et très douloureuses, à fond blanchâtre. Mais ces ulcérations sont de forme arrondie, à bord non sinueux; le fond en est propre, non sanieux. Enfin elles tendent à s'améliorer et guérissent en une dizaine de jours, bien différentes donc de l'ulcération bacillaire.

La **glossite exfoliatrice marginée** apparaît chez les enfants jusqu'à 6 ans et ses ulcérations ne sont que la desquamation par places de la surface du dos de la langue.

La **stomatite ulcéro-membraneuse** peut présenter une ou plusieurs ulcérations linguales, mais celles-ci coexistent toujours avec des ulcérations des gencives ou de la face interne des joues, ces dernières disposées sur le trajet d'une ligne correspondant aux points de rencontre des deux arcades dentaires. Par ailleurs il y a de la rougeur de toute la muqueuse buccale.

La **stomatite mercurielle** prédomine surtout aux gencives qui, tuméfiées, saignent et se ramollissent; elle s'accompagne d'une saveur métallique qui, jointe aux commémoratifs d'intoxication médicamenteuse ou professionnelle, ne permet aucun doute.

Un mot encore pour éliminer les **ulcérations antimonioles** dues au passage répété d'une solution de tartre stibié sur la langue. Très douloureuses, elles s'accompagnent d'une saveur métallique et disparaissent en quelques jours par la suppression du médicament.

Nous en arrivons maintenant à trois causes d'erreur beaucoup plus importantes : l'ulcération dentaire, les plaques muqueuses ulcérées, l'ulcération herpétique.

L'**ulcération dentaire** siège sur un des bords de la langue, exactement en regard d'une dent ou d'un chicot qui, par leurs aspérités, en sont la cause. Le contour en est net et régulier. Les symptômes fonctionnels, douleur et pyalisme, font défaut ou à peu près. Enfin l'avulsion de la dent en cause amène une guérison rapide.

A rapprocher de l'ulcération dentaire celles qui peuvent se produire chez les épileptiques à la suite de morsures répétées : leur diagnostic étiologique est bien facile.

Les **plaques muqueuses** ne peuvent être une cause d'erreur que lorsqu'elles sont ulcérées, complication survenant chez les malades qui fument beaucoup et négligent les soins de bouche. Ces ulcérations se voient chez des individus ayant eu un chancre syphilitique; multiples, superficielles, d'apparence serpiginieuse, elles siègent sur les bords de la langue, plus rarement sur le dos, ne déterminent ni douleurs, ni salivation, ni hémorragies, mais s'accompagnent d'adénopathie. Par ailleurs, l'examen du malade révèle d'autres manifestations syphilitiques cutanées ou muqueuses. Une réaction de Wassermann posi-

tive, les bons effets rapides du traitement arsenical ou mercuriel lèveront les derniers doutes.

L'**herpès** peut, rarement d'ailleurs, se localiser exclusivement à la langue. On observe alors des ulcérations superficielles, à bords polycycliques nets et à fond sanieux; mais on les distinguera à ce qu'elles ont été précédées de vésicules, au peu d'intensité des phénomènes fonctionnels et à leur évolution vers la guérison.

Quand l'ulcération repose sur une tumeur on peut se trouver en présence d'un chancre syphilitique, d'une gomme syphilitique ulcérée, d'une glossite scléro-gommeuse, d'un cancer ulcéré.

De forme régulièrement arrondie ou ovale, le **chancre syphilitique** est unique et siège d'ordinaire sur le tiers antérieur de la face dorsale de l'organe, plus rarement sur la pointe ou les bords. Grand comme une pièce de 50 centimes, c'est une exulcération plutôt qu'une ulcération : la muqueuse semble simplement abrasée. Le fond, couleur de chair musculaire, est légèrement déprimé en cupule, mais il est lisse et se continue insensiblement avec les bords qui sont nets, non découpés, ni taillés à pic. Le chancre repose toujours sur une base indurée, induration cartilagineuse, en carte de visite, et s'accompagne d'une pleïade ganglionnaire indolore caractéristique. Les troubles fonctionnels manquent, l'état général est excellent. Le chancre, enfin, tend vers la guérison spontanée, hâtée par le traitement. Nous sommes loin, on le voit, des caractères de l'ulcère tuberculeux. S'il en était besoin, l'appar-

rition d'accidents secondaires viendrait affirmer le diagnostic.

La **gomme syphilitique ulcérée**, bien plus profonde que l'ulcération bacillaire simple, ressemble par contre beaucoup au tuberculome ulcéré : c'est la même excavation profonde jusqu'au tissu musculaire, cratériforme, à fond grisâtre et sanieux. Mais la langue porte simultanément plusieurs syphilomes (« elle semble rembourrée de noisettes », disait Ricord), à des stades différents de leur évolution. Ce caractère, il est vrai, se rencontre aussi dans la tuberculose, mais plus rarement. Par ailleurs, la gomme syphilitique ulcérée ne s'accompagne jamais de ganglions et, surtout, elle est absolument indolente. L'examen pulmonaire, la réaction de Wassermann, le traitement d'épreuve, permettent de se faire une opinion.

La **glossite scléro-gommeuse** a un aspect assez particulier ; la tumeur a envahi les deux côtés de la langue ; la moitié ou les deux tiers antérieurs de l'organe sont indurés, formés de lobules scléreux qui donnent à la surface un aspect mamelonné. Ces mamelons sont séparés les uns des autres par des fissures profondes. Au milieu des lobules scléreux se trouvent une ou plusieurs ulcérations à bords taillés à pic, à surface anfractueuse. Le fond est bourbillonneux. Ici encore, l'indolence est complète ; l'absence de ganglions constante. En outre, les antécédents, la réaction de Wassermann, le traitement d'épreuve affirmeront la nature syphilitique de l'affection.

Le **cancer ulcéré**, enfin, est toujours unique ; on observe

parfois deux ou trois ulcérations tuberculeuses, mais pour ainsi dire jamais deux épithéliomateuses. L'ulcération cancéreuse repose sur une plaque indurée. Elle s'accompagne de douleurs très vives avec irradiation dans l'oreille, de ptyalisme intense. Mais les bords sont calleux, renversés en dehors; le fond, couvert de détritits en voie d'élimination, est le siège d'un suintement ichoreux d'odeur fétide, l'ulcération saigne très facilement, l'adénopathie sous-maxillaire et carotidienne est constante et précoce : tous signes qu'on ne rencontre pas dans la tuberculose.

Il nous reste maintenant à envisager le cas du tuberculome non ouvert.

Le diagnostic le plus important est celui de la **gomme syphilitique** qui a une apparence, une consistance et une évolution semblables. Toutefois, nous avons vu que le syphilome est bien plus souvent multiple que le tuberculome; en outre, son indolence est absolue et il s'accompagne souvent de glossite scléreuse avec aspect parqueté de l'organe caractéristique. Le diagnostic est néanmoins difficile : les antécédents tuberculeux, l'existence de lésions pulmonaires, d'une laryngite chronique seront recherchés avec soin.

La réaction de Wassermann, le traitement d'épreuve, éclaireront le clinicien.

L'épithélioma au début, avant ulcération, se reconnaît à sa consistance qui n'est pas uniforme : la tumeur présente des points durs et des points ramollis. Les limites en sont très vagues; les ganglions sont pris. Enfin les

troubles fonctionnels sont bien plus marqués que dans l'abcès froid.

La **glossite scléreuse** s'étend aux deux côtés de la langue dont elle envahit une large étendue. Les parties malades apparaissent formées d'îlots indurés, sclérosés, isolés les uns des autres par des sillons. Au niveau des parties indurées, la muqueuse est rouge, lisse et luisante, mais elle n'est pas ulcérée. L'aspect parqueté de la langue est caractéristique, mais on ne manquera pas de rechercher les antécédents syphilitiques, ni de faire une réaction de Wassermann, ainsi que d'éprouver l'action du traitement.

L'**actinomyose linguale**, par son siège, ses symptômes, ressemble au tuberculome. Mais l'affection frappe en général un campagnard qui avoue avoir l'habitude de mâchonner des épis ou des herbes; en outre, l'évolution est plus rapide que celle du tuberculome : en quelques semaines, l'abcès est prêt à s'ouvrir. Son incision ou son ouverture spontanée sont constamment suivies d'une guérison rapide.

Les **kystes** peuvent se confondre avec l'abcès froid lingual.

Le **kyste hydatique** a été signalé à la langue par Mollière et Lannelongue. Il est toujours dur et tendu, alors que l'abcès froid est fluctuant.

Des **kystes d'origine glandulaire** existent aussi à la langue, mais ils siègent à la face inférieure et ont souvent l'apparence translucide et bleuâtre des grenouillettes.

Le **Kyste congénital** siège aussi sur la face inférieure.

Dans ces trois éventualités, une ponction exploratrice lèvera tous les doutes.

Il peut enfin arriver qu'une arête, une esquille osseuse, ayant pénétré dans la langue, déterminent par leur présence un petit abcès d'allure subaiguë. Les dires du malade exposant la petite blessure antérieure, l'allure plus rapide et plus inflammatoire des accidents éviteront la confusion avec le tuberculome.

Nombreuses sont donc les causes d'erreur dans le diagnostic de la tuberculose linguale. Dans les cas typiques, les caractères que nous venons d'indiquer pour chaque affection permettent de la reconnaître, mais combien de cas restent douteux ! La constatation de lésions pulmonaires ne permet même pas d'affirmer la nature tuberculeuse de la lésion linguale, car un tuberculeux n'est pas à l'abri d'autres maladies ; de même, une réaction de Wassermann positive ne prouve pas qu'un syphilitique soit réfractaire au bacille de Koch. Un traitement d'épreuve mercuriel et arsenical sans résultat ou donnant un coup de fouet aux lésions laisse subsister l'hypothèse de cancer. Est-il donc impossible d'identifier de façon sûre la tuberculose linguale ? Certainement non, car les grains jaunes de Trélat et la biopsie nous permettent d'avoir une certitude absolue.

Les grains jaunes de Trélat seront donc recherchés soigneusement, car ils sont un signe absolument certain : jamais on ne les rencontre sur la langue en dehors de la tuberculose. Si peu nombreux soient-ils, ils constituent

une irrécusable signature. Malheureusement, ils n'existent pas toujours. Il nous reste alors le moyen héroïque avec lequel aucune erreur n'est possible : la biopsie. L'examen du fragment mettant en évidence des follicules tuberculeux avec présence de bacilles de Koch constitue une preuve absolument incontestable.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Le pronostic de la tuberculose linguale est très sombre, presque toujours fatal.

En tant qu'affection locale, elle n'est pourtant pas de nature à compromettre l'existence, sauf dans les cas très exceptionnels d'œdème de la glotte comme celui de Julliard. Mais elle est, en général, l'indice d'une bacillose pulmonaire avancée, dont elle précipite d'ailleurs l'évolution en épuisant le malade par les douleurs, le ptyalisme et l'insuffisance de l'alimentation que les affres de la mastication et de la déglutition arrivent parfois à faire supprimer à peu près totalement. Dans les cas de tuberculose linguale secondaire, le malade ne résiste jamais plus de deux ans. Au moment où débute la lésion le pronostic est commandé par l'état pulmonaire et l'état général : plus ils seront mauvais, moins longtemps résistera le malade, moins il aura de chances de guérir son ulcéra-

tion, si tant est qu'il en existe. Nous en concluons qu'une lésion primitive sera d'un pronostic moins grave. Mais elle est néanmoins un terrible danger, car elle constitue un foyer de dissémination des bacilles : dans la plupart des cas, la tuberculose pulmonaire ne tardera pas à apparaître et à entraîner une mort rapide, car elle évoluera vite chez ce malade épuisé de souffrances et qui ne peut s'alimenter. Ici encore nous constatons que c'est l'état viscéral qui domine toute la scène. ,

Le tuberculome non ulcéré, qui, grâce à des troubles fonctionnels atténués altère beaucoup moins l'état général, sera d'un pronostic bien moins grave. Tout dépend encore des lésions pulmonaires. Si le tuberculome est primitif, ou si, tout au moins, les lésions pulmonaires ne sont pas trop graves, on peut espérer qu'un traitement approprié amènera la guérison.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Primitive, la lésion linguale peut, pendant un certain temps, constituer toute la maladie; secondaire, elle est un surcroît de souffrances. Dans les deux cas, il faut donc chercher à la traiter.

Le traitement général de la tuberculose sera toujours établi, et la bacillose pulmonaire en évolution traitée par les moyens habituels. On n'oubliera jamais que ces ulcérations riches en bacilles sont un élément de contamination qui s'ajoute à l'expectoration : l'isolement du malade, des objets de toilette et de table rigoureusement personnels, la désinfection soigneuse du linge, s'imposent plus que jamais.

Dans le cas trop rare d'ulcération linguale primitive, ou secondaire à des lésions viscérales légères, l'ablation radicale du foyer infectieux paraît le traitement de choix, à moins naturellement que l'étendue de l'ulcère ne soit

une contre-indication. L'exérèse se fera au bistouri et sera suivie de suture pour réunion *per primam*.

Les observations suivantes montrent les heureux effets d'un tel traitement.

Observation de Delavan (*New-York méd. Journ.* — 14 Mai 1887).

Il s'agit d'un Irlandais de 35 ans atteint d'ulcération tuberculeuse primitive de la langue (sans tuberculose pulmonaire).

Depuis 6 semaines, douleur à la déglutition. Un traitement antisypilitique n'a donné aucun résultat. L'homme est robuste, bien portant en apparence. A la base de la langue, le miroir laryngoscopique montre 2 fissures à bords saillants et durs, situées du côté droit. Elles sont douloureuses au toucher. Au centre de la plus grande ulcération existent des granulations. Pas de ganglions engorgés.

Dysphagie extrême, déglutition impossible, insomnie, anxiété. On fait des applications d'acide phénique, des attouchements à la cocaïne pour calmer la douleur.

Très rapidement, on est forcé de pratiquer l'excision de la totalité de la langue. Guérison. Pas de tuberculose pulmonaire. Le malade augmente de 35 livres. L'examen histologique a démontré l'existence de tubercules linguiaux.

Observation d'Amorosi (*Riforma medica*, 11 Août 1917).

ULCÈRE PRIMITIF DE LA LANGUE

Il s'agit d'un homme de 35 ans, entré à l'Hôpital le 14 Février 1916, et chez lequel est apparu un an auparavant une petite vésicule au bord gauche de la langue; puis survint une ulcération qui s'accrut de jour en jour.

A l'entrée il existait sur la moitié antérieure du bord gauche de la langue une ulcération ronde, comme une pièce de 50 centimes, à bords décollés, à fond régulier, formé de granulations de couleur rosée à la périphérie et jaune grisâtre dans les points couverts de détritns. La langue était indurée à la base d'implantation de l'ulcération. On sentait un ganglion sous-maxillaire correspondant et un ganglion précarotidien.

Les urines étaient normales, la réaction de Wassermann négative. L'évolution lente fit écarter le diagnostic de néoplasme. L'hypothèse la plus probable était la tuberculose et une intervention fut décidée. L'intervention consista, après ligature de la linguale et curettage ganglionnaire, à faire une excision cunéiforme du bord gauche de la langue sur une base de trois centimètres. Suture au catgut. Guérison rapide; le malade quitta l'Hôpital le 9 Mars 1916. Deux mois plus tard, il n'y avait aucune récurrence.

Le fragment excisé montrait une ulcération à bords à pic, à fond jaunâtre; les limites entre l'ulcère et le tissu sain étaient diffuses. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait de tuberculose: on trouva du bacille de Koch.

Ce malade entra le 7 Décembre 1916 dans un service de médecine pour tuberculose pulmonaire et il y mourut le 26 Décembre.

Rappelons enfin le cas du docteur Gaudin signalé plus haut: le malade opéré largement sortit guéri.

Quand l'ulcération est secondaire avec lésions pulmonaires avancées, le traitement médical est seul de mise. La chose la plus urgente, c'est d'empêcher que les douleurs ne gênent trop l'alimentation; on fera donc, avant les repas, badigeonner les ulcérations avec une solution

de cocaïne à 1 pour 100 ou 1 pour 200. Si besoin est, on renouvellera ces attouchements dans l'intervalle des repas. On fera aussi enlever sans tarder les dents ou chicots irritant l'ulcération, et on réalisera une bonne hygiène de la bouche par des gargarismes antiseptiques.

En même temps, on essaiera de modifier les ulcérations par des cautérisations au galvanocautère, des attouchements à l'acide lactique au tiers, au phénol sulfuricisé à 40 %. Sous l'influence de ce traitement, on voit parfois les lésions s'améliorer jusqu'à ne plus avoir qu'un petit point non cicatrisé, mais ces progrès s'arrêtent et bientôt l'ulcération grandit de nouveau. Chez certains phthisiques avérés, les douleurs sont si violentes que les attouchements cocaïnés ne les calment pas : il faut alors recourir à la morphine.

Il nous reste à envisager le traitement du tuberculome.

A la phase de crudité, on l'enlèvera largement comme une tumeur.

A la phase d'abcès froid, on a le choix entre plusieurs méthodes :

L'incision suivie d'un grattage à la curette des parois de l'abcès et de cautérisations au chlorure de zinc, a le grave défaut de laisser dans la bouche une large plaie à cicatrisation très lente.

La ponction suivie d'injection modificatrice peut donner des succès, ainsi qu'on le verra en se reportant au cas de Venot (de Bordeaux) cité plus haut. Malheureusement, il faut redouter que l'orifice de ponction ne s'infecte par la salive.

Enfin, et cela paraît être la méthode de choix, on peut, après bonne désinfection de la bouche, enlever largement l'abcès froid avec ses parois comme une tumeur, et suturer pour avoir une réunion *per primam*. Voici un cas où ce traitement a été appliqué avec un heureux résultat.

Observation de Le Dentu (*In thèse Whitman. Paris 1893*).

ABCÈS FROID DE LA LANGUE. TUBERCULOSE AU PREMIER DEGRÉ.

EXTIRPATION AU BISTOURI AVEC RÉUNION IMMÉDIATE. GUÉRISON.

D. Gustave, maréchal-ferrant, 31 ans. Entre le 18 Mars 1892, salle Malgaigne, lit n° 6, dans le service de M. Le Dentu, à l'Hôpital Necker. Ce malade s'est aperçu il y a 7 ou 8 mois de l'apparition sur la langue d'un petit bouton rouge qui a grossi peu à peu. Il n'en souffre pour ainsi dire pas ; mais il se plaint d'éprouver depuis 2 années des douleurs continues dans la partie gauche de la face et du cou, et dans l'oreille correspondante.

Les forces ont aussi notablement diminué.

On constate sur la face dorsale de la langue tout près du bord gauche, à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs environ, une tumeur légèrement saillante, enchâssée dans la langue, du volume d'une noisette ; à sa surface, la muqueuse présente un changement d'aspect tout particulier. Sa coloration est plus pâle, et l'on voit de petites saillies qui donnent à ce niveau une apparence papillomateuse assez comparable à l'aspect de la tuberculose verruqueuse de la peau ; une petite craquelure se voit dans cette muqueuse hypertrophiée mais le stylet n'y pénètre pas. Quand on saisit la tumeur entre les doigts, on sent qu'elle est élastique, ferme, mais cependant fluctuante ; la pression est douloureuse ; le reste de la langue présente une apparence

absolument normale : les mouvements sont libres, la parole n'est point gênée.

Il existe dans la région sous-maxillaire trois gangliions du volume d'un gros pois, durs et roulant sous le doigt.

Le malade a la voix enrouée depuis longtemps. Il y a 8 ans, il fut atteint d'une bronchite. Depuis il tousse, il crache beaucoup, parfois un peu de sang; il a eu une hémoptysie il y a 18 mois. Léger amaigrissement, sueurs nocturnes, ongles hippocratiques.

A l'auscultation, on constate l'existence de craquements secs aux deux sommets. La femme de ce malade et son enfant, un garçon de 15 ans, sont bien portants. Son père est mort d'une pleurésie. Son frère était soigné récemment pour une pleurésie.

On porte le diagnostic de collection liquide de la langue, kyste ou abcès. Une ponction à la seringue de Pravaz fait sortir une demi-seringue de pus qui est inoculé à un cobaye. Deux jours après, l'abcès y compris sa paroi fut enlevé par une opération qui consiste à exciser au bistouri un fragment cunéiforme de la langue comprenant l'abcès dans son épaisseur. Hémorragie très modérée. Suture complète de la plaie avec 6 fils de soie.

Comme on avait constaté au préalable que la salive du malade renfermait de nombreux bacilles, on avait eu soin les jours précédents, de faire faire des lavages fréquents de la bouche à l'eau boriquée naphtolée et de donner l'iodoforme à l'intérieur.

Six jours plus tard, les points de suture étaient enlevés et laissaient voir une réunion parfaite.

Le cobaye inoculé, sacrifié un mois après, présentait une tuberculose généralisée.

Ce traitement devra être réservé aux malades encore assez robustes; pour les cachectiques on se bornera à des

ponctions qui pourront peut-être guérir l'abcès, retarderont tout au moins sa fistulation et diminueront la tuméfaction. Si, malgré tout, il s'ulcère, on agira comme pour les ulcérations.

En somme, le traitement de la tuberculose linguale est décevant dans la plupart des cas. C'est l'état général et l'état du poumon qui dicteront la conduite à tenir : Pour un malade encore robuste, à poumons sains ou peu touchés, c'est au chirurgien qu'on s'adressera. Une guérison au moins temporaire sera obtenue et si, en cas de lésion linguale secondaire, on ne supprime pas aussi la tuberculose pulmonaire, du moins délivre-t-on le malade d'atroces souffrances et prolonge-t-on certainement son existence.

Dans le cas, et c'est malheureusement le plus habituel, où le malade est atteint d'une tuberculose grave, il est perdu et c'est au médecin qu'incombe la tâche difficile de soulager ses souffrances et d'adoucir ses derniers jours.

CONCLUSIONS

I. La tuberculose linguale est une affection rare.

II. Parfois primitive, elle est le plus souvent secondaire à une tuberculose pulmonaire avérée. Le bacille de Koch pénètre dans la langue soit par inoculation, soit par voie sanguine.

III. Elle se caractérise :

a) Cliniquement par sa chronicité, sa marche progressive et inexorablement envahissante sans guérison spontanée possible, sa résistance à tout traitement, l'intensité des phénomènes fonctionnels ;

b) Histologiquement par la présence de follicules tuberculeux ;

c) Microbiologiquement par la présence de bacilles de Koch dans les lésions.

IV. Elle revêt deux formes cliniques :

L'ulcération ;

Le tuberculome ;

V. Le diagnostic a pour principaux éléments les grains jaunes de Trélat et la biopsie.

VI. Le pronostic en est très sombre et le traitement décevant, sauf dans quelques cas à lésions pulmonaires inexistantes ou peu avancées.

Vu, *le Doyen* :

H. ROGER.

Vu, *le Président* :

MARCEL LABBÉ.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- BUZENET. — Thèse. Paris, 1858.
- JULLIARD. — Thèse. Paris, 1865.
- TRÉLAT. — Archives générales de Médecine, 1870.
Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 1874.
- SPILLMAN. — Thèse Agrégation, 1878.
- PÉRIER. — Thèse. Paris, 1883.
Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 1884.
De la phtisie pulmonaire. — HÉRARD, CORNIL et HANOT.
New-York méd. Journ., 14 mai 1887.
Archives de laryngologie de Ruault, 1891.
- WHITMAN. — Thèse. Paris, 1893.
Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 1893.
Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1894.
- A. SAUVAGE. — Thèse. Paris, 1894.
- AUGUY. — Thèse. Paris, 1895.
- PETIT. — *La stomatite des tuberculeux*. *Revue internationale de la tuberculose*, 1903.
- Les ulcérations linguales*. POTHERAT. — *La Clinique*, 5 juillet 1912.
Presse médicale, 29 juillet 1914.
- La Riforma medica*, 11 août 1917.
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de chirurgie*.
- SERGENT. — *Traité de médecine, Tuberculose*, tome II.

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE ARNETTE
85, RUE CHABAUDY, 85 — NIORT
